

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

E. A. P. DE ODONTOLOGÍA

**“LACTANCIA MATERNA Y HÁBITOS DE
SUCCIÓN NO NUTRITIVA EN RELACIÓN A LA
OCLUSIÓN DECIDUA DE NIÑOS DE UN
CENTRO POBLADO DE HUANCABELICA”**

TESIS

Para obtener el título profesional de Cirujano Dentista

AUTOR

María Isabel Hidalgo Fabián

ASESOR

María Magdalena Castañeda Mosto

Lima – Perú

2015

JURADO DE SUSTENTACIÓN

PRESIDENTE: Dr. C.D. Luis Hernando Gálvez Calla

MIEMBRO: C.D. Esp. Patricia Blanca Astupinaro Capristán

MIEMBRO ASESOR: C.D. Esp. María Magdalena Castañeda Mosto

DEDICATORIA

A nuestro Padre celestial Jehová por señalarme el camino correcto y nunca abandonarme.

A mis padres Silvio y Esther por su confianza y apoyo incondicional en todas las decisiones que he ido tomando.

A mi amiga Cynthia Rojas Martínez por su fuerza e inspiración, siempre la tendré presente en mi corazón recordando con cariño nuestra amistad.

AGRADECIMIENTOS

- A mi asesora C.D. Esp. María Magdalena Castañeda Mosto por su apoyo y comprensión en toda la elaboración de la presente tesis.
- Al Dr. C.D. Luis Hernando Gálvez Calla y a la C.D. Esp. Patricia Blanca Astupinaro Capristán por sus correcciones y aportes que contribuyeron a la realización de esta investigación.
- A la C.D. Esp. Rita Salcedo Rioja por su amistad y orientación desinteresada en el área de esta investigación.
- A la C.D. Teresa Evaristo Chiyong, por su colaboración en la parte estadística de la presente investigación.
- A mis padres, hermanos y familiares por estar a mi lado y por su apoyo en el transcurso de toda mi carrera.
- A mis amigos por su compañía, preocupación y aliento constante en todas las situaciones que me ha tocado superar.
- A mi querida alma mater “Universidad Nacional Mayor de San Marcos” gracias a la cual pude estudiar esta carrera que me apasiona día a día.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y transversal con el objetivo de describir las características de la oclusión decidua de niños de un Centro Poblado de Huancavelica alimentados con lactancia materna y con presencia o no de hábitos de succión no nutritiva. La muestra fue de 45 niños de 3 a 5 años de edad con dentición decidua completa que nunca se alimentaron con biberón, se realizó un examen clínico bucal al niño y un cuestionario a la madre. Se encontró que los niños de la muestra se alimentaron con lactancia materna en un promedio de 19 meses desde su nacimiento, siendo siempre exclusiva hasta los 6 meses, el 56% presentaron hábitos de succión no nutritiva de dedo, juguete o ambos y por un tiempo menor a 2 años. En el plano terminal predominó el escalón mesial (60%) y recto (36%) sin encontrarse presencia de escalón distal, el espacio primate en ambas arcadas se presentó en el 9% de la muestra sin tener relación estadística con los hábitos de succión no nutritivos. De los niños con hábitos de succión no nutritiva, solo el 4% (1) presentó mordida cruzada anterior relacionado al hábito de succión no nutritiva de un juguete; no hubo presencia de mordida abierta anterior ni mordida cruzada posterior. En la muestra los hábitos de succión no nutritiva no presentaron asociación con la oclusión decidua.

Palabras claves: lactancia materna, hábitos de succión no nutritiva, oclusión decidua

ABSTRACT

This descriptive cross-sectional study was conducted with the aim of describing the characteristics of deciduous occlusion in children from a village in Huancavelica, breastfed with presence or absence of non-nutritive sucking habits. The sample consisted of forty-five 3 to 5 year olds with complete primary dentition who were never bottle fed. An oral examination and a questionnaire to the child's mother were performed. We found that children in the sample were breastfed for an average of 19 months, with exclusive breastfeeding during the first 6. 56% had non-nutritive sucking habits (finger, toy or both) for a less than a two-year period. In the flush terminal plane, the mesial step predominated (60%) and straight (36%) without any presence of distal step, the primate space in both arches appeared in 9% of the sample without statistical relationship with non-nutritive sucking habits. In the case of the children with non-nutritive sucking habits, only 4% (1) presented anterior crossbite related to the habit of non-nutritive sucking of a toy; there was no presence of anterior open bite or posterior cross bite. In the sample of non-nutritive sucking habits they presented no association with the deciduous occlusion.

Keywords: breastfeeding, Non-nutritive sucking habits, occlusion decidua

INDICE

	Pag.
I. INTRODUCCIÓN	1
II. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
2.1 Área problema	2
2.2 Delimitación del problema	2
2.3 Formulación del problema	3
2.4 Objetivos	4
2.4.1 Objetivo general	4
2.4.2 Objetivos específicos	4
2.5 Justificación	5
2.6 Limitaciones	6
III. MARCO TEÓRICO	
3.1 Antecedentes	7
3.2 Bases teóricas	13
3.2.1 Oclusión decidua	13
3.2.1.1 El plano oclusal	13
3.2.1.2 Oclusión normal	13
3.2.1.3 Maloclusiones	16
3.2.1.3.1 Mordida abierta anterior	17

3.2.1.3.2 Mordida cruzada anterior	17
3.2.1.3.3 Mordida cruzada posterior	18
3.2.2 Hábitos de succión no nutritiva	18
3.2.2.1 Hábitos de succión	18
3.2.2.1.1 Succión no nutritiva	19
3.2.2.1.2 Consecuencias de los HSNN	20
3.2.2.2 Maloclusión y hábitos	20
3.2.2.2.1 Succión digital	20
3.2.2.2.2 Chupetes	22
3.2.3 Lactancia materna	23
3.2.3.1 El mecanismo de la amamantada	24
3.2.3.2 Lactancia materna desde el punto de vista odontológico	25
3.3 Definición de términos	27
3.4 Hipótesis y variables	27
3.5 Identificación de variables	28
IV. METODOLOGÍA	
4.1 Tipo de investigación	30
4.2 Población y muestra	30
4.3 Procedimientos y técnicas	30
4.4 Procesamiento de datos	32

4.5 Análisis de los resultados	32
V. RESULTADOS	33
VI. DISCUSIÓN	42
VII. CONCLUSIONES	45
VIII. RECOMENDACIONES	47
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
X. ANEXOS	55

I. INTRODUCCIÓN

La lactancia materna dada por la naturaleza fisiológica de la madre, es sinónimo de estimulación muscular durante la succión del pecho y la deglución que realiza el recién nacido para alimentarse ¹, lo cual favorece a un buen desarrollo de la cavidad oral del niño.

Los reflejos de succión y deglución de un niño pueden hacerse inadecuados y de persistir favorecerá a la adquisición de hábitos de succión no nutritiva como son la succión del dedo pulgar y otros dedos, la succión del chupón, la succión labial y la succión de otros objetos. ^{2,3}

En nuestro país existe una alta prevalencia de maloclusiones dentarias que son originadas por diversas causas: genética, ambiental, social, cultural, etc...; en consecuencia se altera la funcionabilidad del sistema estomatognático. ^{4,5}

El presente trabajo de investigación busca en los niños alimentados exclusivamente por lactancia materna con presencia o no de succión no nutritiva, evaluar las alteraciones en su oclusión y la detección temprana de los malos hábitos orales, esperando a futuro desarrollar un programa preventivo e interceptivo de las maloclusiones en la primera infancia.

II. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

2.1 Área problema

Las maloclusiones en la mayoría de los casos son visibles a temprana edad y aunque muchos reciben terapias interceptivas, el problema principal aún no está resuelto de manera global. ^{4,5}

Además el cuadro de las maloclusiones dentarias en niños puede agravarse debido a sus hábitos bucales nocivos que hacen que actúen fuerzas no naturales sobre los dientes modificando la posición de los mismos y la relación y forma que guardan las arcadas entre sí. ^{2,6}

Se comprueba la presencia de alteraciones oclusales a la observación del arco tipo II, apiñamiento dentario, overjet y overbite de 0 mm, mordida profunda, mordida abierta, mordida cruzada anterior y posterior, desviación de la línea media, plano terminal en escalón distal, relación canina de clase II y III, etc. ^{4,7,8}

2.2 Delimitación del problema

Por medio de la lactancia la madre le proporciona al bebé un mecanismo de supervivencia y también le da al niño satisfacción, estabilidad emocional y los beneficios nutritivos propios de una lactancia natural, permitiendo al niño un mejor desarrollo y adaptación al medio que lo rodea. ^{2,3,4}

La leche materna le es proporcionada al niño en unas perfectas condiciones higiénicas, a la temperatura más adecuada y a través de un mecanismo que fomentará un buen desarrollo de los labios y de la cavidad oral del niño. Además de proveer beneficios desde el punto de vista inmunológico, nutritivo, afectivo, y psicológico, la lactancia materna, estimula el desarrollo y maduración de las funciones del aparato bucal y

contribuye en la prevención de anomalías dento - buco- máximo – faciales.

1

La presencia de algunos hábitos nocivos podría alterar la oclusión en etapas posteriores del desarrollo del niño (mordida especialmente abierta y mordida cruzada posterior). ^{2,3}

Todas las funciones que se realizan en la cavidad oral (respiración, succión, deglución, masticación y fonación), estimulan el crecimiento y desarrollo del tercio inferior de la cara. Por ello es importante ver en qué grado, el tipo de lactancia y los hábitos orales disfuncionales, pueden influir sobre la morfología definitiva de los maxilares y de la oclusión dentaria. ⁴

2.3 Formulación del problema

¿Existe relación entre la lactancia materna y los hábitos de succión no nutritiva con la oclusión decidua de niños de un Centro Poblado de Huancavelica?

2.4 OBJETIVOS

2.4.1 Objetivo general

Describir las características de la oclusión decidua de niños de un Centro Poblado de Huancavelica alimentados con lactancia materna y con presencia o no de hábitos de succión no nutritiva.

2.4.2 Objetivos específicos

- Identificar el tiempo de la lactancia materna.
- Reconocer a los niños que presentaron o no hábitos de succión no nutritiva.
- Reconocer la duración de los hábitos de succión no nutritiva.
- Examinar el plano terminal en la oclusión decidua.
- Examinar los espacios primates en la oclusión decidua.
- Examinar la relación canina en la oclusión decidua.
- Registrar la presencia de mordida abierta anterior en la oclusión decidua.
- Registrar la presencia de mordida cruzada anterior en la oclusión decidua.
- Registrar la presencia de mordida cruzada posterior en la oclusión decidua.
- Relacionar la presencia o no de los hábitos de succión no nutritiva con la oclusión decidua.

2.5 Justificación

Los hábitos bucales nocivos pueden ser factores desencadenantes de maloclusiones que lamentablemente se presentan en la población infantil a edades tempranas, provocando alteraciones considerables en la segunda dentición y resultando un problema de salud pública.¹⁸

El presente proyecto de investigación está orientado a la relación del binomio madre niño, se desea conocer la realidad de dicho binomio en una población rural, alejada de la ciudad, con hábitos y creencias diferentes a la de la zona urbana en general, en este caso el Centro Poblado de Carhuapata en Huancavelica.

Tomando en cuenta la cantidad de niños según el último censo del INEI, se espera poder realizar el estudio sobre una muestra accesible de dicha población. Los datos que se obtendrán podrán servir de antecedente para investigaciones futuras en poblaciones similares que no tienen conocimiento amplio sobre los cuidados adecuados para la salud oral de sus hijos.

Según la Organización Mundial de la Salud - OMS las maloclusiones ocupan el 3º lugar como problema de salud bucal¹¹, después de caries dental y enfermedad periodontal. En el Perú las maloclusiones tienen una prevalencia del 70%. El conocimiento de la situación epidemiológica de los problemas dentales en la población peruana es esencial para la implementación de programas que contemplen acciones preventivas, interceptivas y de tratamiento⁵.

Por tanto, este trabajo orientaría la planificación de programas preventivos en el Centro Poblado de Carhuapata en relación a la maloclusión y contribuiría con información valiosa sobre una realidad del Perú de la que no se conoce mucho y de forma particular en esa zona.

2.6 Limitaciones

- ✓ La información errónea de la madre con respecto a la alimentación y hábitos de succión que pudo presentar su hijo cuando niño.
- ✓ Las características de la oclusión serán identificadas clínicamente por la bachiller, no se tomarán modelos de estudio.
- ✓ El tamaño de la muestra incierto y dependiente de la colaboración de madres y niños del Centro Poblado.
- ✓ Los datos que se obtengan solo serán válidos para la población de dicho Centro Poblado sin poder generalizar resultados.

III. MARCO TEÓRICO

3.1 Antecedentes

Viggiano D; Fasano D. et al (2004) realizó un estudio retrospectivo en Italia en 1130 niños, donde observaron el efecto del tipo de alimentación y hábitos de succión no nutritivos en la oclusión en dentición decidua. Concluyó que los hábitos de succión no nutritivos influenciaron más que el tipo de alimentación en problemas de oclusión y en su mayoría mordidas abiertas, cuadruplicando el riesgo en la dentición primaria. Los niños con los hábitos de succión no nutritiva y siendo alimentados con biberón tenían más que el doble de riesgo de presentar mordida cruzada posterior. La alimentación de pecho mostró un papel protector en el desarrollo de la mordida cruzada posterior en la dentición temporal.⁹

Paredes J. (2004) realizó un estudio en niños de 3 a 5 años, su muestra fue de 210; se encontró una prevalencia de espacios primatides en un 57.14%, espacios de desarrollo en un 56.19%, finalmente el plano terminal de mayor prevalencia fue el escalón mesial con 67.62%, seguido del plano terminal recto con un 24.29% y por último el escalón distal con 8.10%.¹⁰

Da Silva F. et al (2004) realizaron un estudio epidemiológico con el propósito de verificar la frecuencia de los hábitos bucales de succión en la dentadura temporal y de los diferentes tipos de maloclusiones causados por ella. La muestra fue de 2016 niños de entre los 3 y 6 años de edad con dentadura temporal completa; los hábitos se presentaron en 48,86%. Se encontró que las formas más frecuentes como se manifestaron los hábitos fueron en el biberón (29,96%), el chupete (28,95%), asociación (20,68%), dedo (9,72%) y labio (0,89%). De las maloclusiones asociadas a los hábitos, la más frecuente fue la mordida abierta anterior (50,76%), seguida por la mordida cruzada posterior (18,88%) y su asociación (10,35%).¹¹

Peve V. (2006) realizó un estudio transversal y descriptivo para determinar la prevalencia de alteraciones oclusales en 300 niños con dentición decidua pertenecientes al C.E.I. N° 04 del distrito de San Martín de Porres. Se evaluaron 300 niños, de los cuales 159 correspondieron al sexo masculino y 152 al sexo femenino. El promedio de edad en hombres es de 4 años 2 meses y en mujeres es de 4 años 5 meses. Se encontró que la presencia de mordida abierta anterior se registró en 13 niños (4.4 %), los niños que presentaron relación canina clase I bilateral fueron 237 (79 %), la relación clase II bilateral se vio en 29 niños (9.7 %), la relación clase III bilateral se observó en 12 niños (4 %) y la relación canina asimétrica se encontró en 22 casos (7%). Presentaron escalón mesial bilateral 203 niños (67.7 %), la mayor frecuencia fue el escalón mesial con 211 casos (70.3 %) en el lado derecho y 210 casos (70 %) en el lado izquierdo. El plano terminal recto se encontró en 79 casos (26.3 %) en cada lado, los resultados también evidenciaron a 4 niños (1.3 %) que mostraban en oclusión una mordida cruzada posterior.⁷

Gonçalves P. et al (2007) en Brasil publican un artículo en el cual analizan la relación del amamantamiento con los hábitos bucales deletéreos y encontraron que la mayoría de niños que fueron alimentados por medio de alimentación materna por un periodo corto (menos de 6 meses) tenían hábitos de succión no nutritivos, en especial de succión del chupón, por lo que recomiendan difundir la importancia del amamantamiento en la salud bucal del niño.¹²

Obregón J. (2008) realizó un estudio observacional para determinar las relaciones entre el tipo de escalon molar y espacios primates en dentición decidua en 114 niños de 3 a 5 años, que recibieron lactancia materna y mixta. Se encontró en los resultados de la relacion molar con lactancia materna que el de mayor frecuencia el tipo de escalon mesial con 50%, sigue el de piano terminal recto con 48.3% y el tipo de escalon distal con 1.7%; en la lactancia mixta el de mayor frecuencia fue el piano terminal recto con 62.9%, sigue el escalon mesial con 35.2% y con escalon distal el 1.9%; en la distnbucion de los espacios primates superior, la presencia

de ello en el sexo masculino con 57.7%. Además se observa con mayor frecuencia de espacios primates presentes en lactancia materna con 21 y en lactancia mixta con 19 en ambas lactancias es favorable porque están en relación con el plano terminal recto seguido por el escalón mesial.³

Mendoza A, Asbún P, et al (2008) realizaron un estudio caso control de cohorte longitudinal retrospectivo con 500 niños de entre tres y siete años de edad con el objetivo de analizar los efectos de la lactancia materna sobre el desarrollo de las diferentes estructuras que conforman el aparato estomatognático, la información se obtuvo mediante un cuestionario a las madres. Los resultados fueron que la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida representa un factor preventivo para el desarrollo de maloclusión, OR de 0.09 con (IC 95% 3.46-5.28), también se encontró una asociación estadísticamente significativa entre los hábitos de succión no nutritiva y la maloclusión OR 24.57 (IC 95% 2.55 – 3.01) durante los tres primeros años de vida, el hábito de succión no nutritiva más frecuente es la succión digital con un 53%.⁴

Vilela M, Tornisiello C, Rosenblatt A. (2008) realizaron un estudio longitudinal para evaluar la relación entre los hábitos de succión no nutritiva, la presencia de mordidas abiertas anteriores y las mordidas cruzadas posteriores y su asociación con la morfología facial en niños de entre los 4 a 6 años de edad asistentes a escuelas públicas en la ciudad de Recife, Brasil. La muestra fue de 287 niños, tanto hombres como mujeres. Los datos se recolectaron mediante entrevistas con las madres o cuidadores y el examen clínico se llevó a cabo por dos examinadores calibrados. Los resultados revelaron una reducción significativa en mordidas abiertas anteriores ($P < 0,001$) y un ligero aumento en la prevalencia de las mordidas cruzadas posteriores. Ambos rasgos oclusales se asociaron con una historia previa de hábitos de succión; una asociación estadísticamente significativa ($P = 0,02$) se encontró entre la morfología facial y una mordida abierta anterior. El tipo facial morfológico más frecuente, evaluada mediante el índice facial morfológico, fue alta ($\geq 88\text{mm}$).¹³

Mendes A, Valença A, Lima C. (2008) realizaron un estudio transversal de tipo epidemiológico para determinar prevalencia, asociación de los tipos y duración de la lactancia materna, los hábitos de succión no nutritiva y la maloclusión en 733 pre-escolares de 3-5 años. Con ayuda de un formulario se observó una asociación entre el tipo de alimentación y hábitos de succión no nutritiva ($p < 0,001$), la verificación de una mayor prevalencia de chupar chupete entre los niños en edad preescolar que amamantaron artificial (66,2 %) y mixto (61,9 %). El hábito de uso del chupete fue influenciado por la duración de la alimentación mixta ($p < 0,001$), aunque esta relación se encuentra porque que aspira el dedo ($p > 0,05$) se demuestra una más que alta prevalencia de overjet grave (15,7 %), overbite grave (16,5 %) y la mordida abierta anterior (51%) en chupar el chupete ($p < 0,0001$). Todavía se encuentran un vínculo entre el dedo hábito de succión con el resalte ($p < 0,01$) y sobremordida ($p < 0,05$).¹⁴

Carrasco M, Villena R et al (2009) realizaron un estudio cuyo objetivo fue identificar las prácticas de lactancia materna y los hábitos de succión no nutritivos en niños de 0-71 meses de centros poblados del Distrito de Carabayllo, Lima-Perú. La muestra fue de 133 niños en un promedio de 36 meses. El 96,3% recibió lactancia materna, siendo exclusiva en el 80,2% hasta los 6 meses. El uso del chupón se encontró en 9,2% y del biberón en 61,9%. El 47,4% usaban el biberón para dormir de los cuales el 50% contenían azúcar. En el estudio se observó hábitos de lactancia materna favorables y baja prevalencia de hábitos no nutritivos, sin embargo también hubo temprana introducción del azúcar en la dieta de los niños y un uso frecuente e incorrecto del biberón.¹⁵

Alvarez M, Quiroz K. et al (2011) en un estudio descriptivo transversal determinaron la influencia de los malos hábitos orales más prevalentes en la oclusión decidua, la muestra fue de 50 infantes que registraban el primer plano de oclusión, la recolección de datos se obtuvo mediante encuesta a los padres y examen clínico para el registro de maloclusiones. Se comprobó que existe una relación positiva del hábito de respiración y

succión digital con el paladar profundo. El hábito de succión digital afecta en la profundidad del paladar así como en la relación del plano terminal recto y distal.¹⁶

Rondón R, Zambrano G, Guerra M. (2012) buscaron determinar la relación entre periodo de lactancia materna y maloclusiones, la muestra fue de 59 niños de entre 6 y 13 años, mediante un cuestionario se obtuvo los datos sobre el periodo de lactancia materna recibida por el niño y se efectuó un examen clínico a cada niño. Se encontró que existe relación estadística significativa entre un periodo de lactancia materna menor de 6 meses con relación molar en clase II de Angle y mordida abierta anterior; al igual que entre un periodo de lactancia materna mayor de 6 meses con relación molar en clase I de Angle.¹⁷

Mendoza L. et al (2014) se realizó un estudio de tipo transversal para determinar la prevalencia de las maloclusiones y su asociación con factores de riesgo como hábitos bucales nocivos en la población infantil, la muestra fue de 147 niños de 2 a 15 años. Se encontró que la prevalencia de los hábitos bucales nocivos fue del 96.6%, el hábito de mayor prevalencia fue el de interposición lingual 66.2% seguido de la succión labial 49.3%, onicofagia 41.9% y respiración bucal 31.8%. En cuanto a las maloclusiones mordida abierta 35.1%, apiñamiento anteroinferior 26.4%, apiñamiento anterosuperior 19.6% y mordida cruzada posterior 12.8%. Se encontró asociación del hábito de interposición lingual con la mordida abierta y de la respiración bucal con la mordida cruzada posterior y la clase II de Angle.¹⁸

Fuguet J. et al (2014) realizaron un estudio descriptivo observacional de corte transversal, buscaron identificar la influencia de la lactancia materna exclusiva con la presencia de hábitos bucales deformantes, la muestra fue de 107 niños de entre 3 a 5 años, para la recolección de información se confeccionó una encuesta. Se encontró 69 niños portadores de hábitos bucales deformantes, el 86,6% de los que recibieron lactancia materna de 0 a 3 meses eran portadores de hábitos bucales deformantes.¹⁹

Vergara R. et al (2014) en un estudio descriptivo y transversal se buscó valorar la influencia de la lactancia materna en la aparición de maloclusiones, la muestra la constituyeron 106 niños de 5 a 6 años, predominó la lactancia materna combinada y como hábitos bucales deformantes la lengua protáctil y la succión digital. Se concluyó que la lactancia materna combinada ocasionó la aparición de dichos hábitos, lo que unido al poco desarrollo transversal de los maxilares podría relacionarse con el origen de las maloclusiones.²⁰

Gramal E. (2014) realizó un estudio descriptivo y transversal para determinar la relación de dependencia entre la lactancia y la presencia de maloclusiones en preescolares, su muestra fue de 203 niños de 3 a 5 años. Se utilizó encuesta a las madres y examen clínico a los niños. Encontró que el 100% recibió lactancia materna en algún periodo ya que el 60.1% tuvo lactancia materna exclusiva, la relación de maloclusiones con el tipo de lactancia tuvo significancia estadística al igual que el tiempo de lactancia. El 51.7% tuvo oclusión normal por haber lactado más de 12 meses y solo 4.9% maloclusión leve por haber recibido lactancia materna exclusiva. Por haber recibido lactancia mixta presentaron 15.8% maloclusión leve y 18.2% maloclusión moderada.²¹

3.2 Bases teóricas

3.2.1 OCLUSIÓN DECIDUA

La oclusión decidua tiene como función principal el de preparar al sistema estomatognático para las exigencias funcionales durante la dentición mixta y permanente, se establece a los 3 años de edad con 20 dientes temporales en oclusión, durante el primer año de vida se establece un tope anterior para la función mandibular con la erupción de los incisivos, en el segundo año los maxilares continúan creciendo tridimensionalmente estableciéndose por primera vez, con la erupción de los cuatro primeros molares, una oclusión de cúspides con fosas, y en el tercer año ya se establece las relaciones oclusales en la dentición decidua.⁸

3.2.1.1 EL PLANO OCLUSAL

A diferencia de la fórmula permanente, el plano es aproximadamente horizontal, sin curva. Los ejes axiales de las piezas temporales se proyectan en este plano en ángulos relativamente rectos, sobre todo en el sector de los molares.²²

3.2.1.2 OCLUSIÓN NORMAL

Oclusión es la relación de ambas arcadas dentarias, es decir de la superior con la inferior. Cualquier alteración en esta arcada, es decir en la disposición de los dientes en su propia arcada, así como cualquier desviación, recibe el nombre de maloclusión.²³

Por supuesto, la oclusión ideal se observa raramente en los seres humanos y tal vez sea mejor denominar a ésta “ideal imaginario”, en el concepto de Ackerman y Proffit.

Desafortunadamente, no hay una delimitación clara entre maloclusión y oclusión normal, los varios grados entre una y otra están dispuestos en forma continua y no discreta como entidades separadas.²²

Características normales del arco temporal

Los dientes temporales, al erupcionar se ubican en un espacio virtual relacionado a músculos y sus funciones. Estas últimas ejercen influencia directa sobre las piezas e indirectamente en los tejidos de soporte; así, debido a la adaptabilidad de éstos durante la primera infancia, los arcos terminan por lo general bien alineados, de forma regular y, en general, con menos alteraciones que las observadas en la fórmula permanente.²²

Las características normales de la dentición decidua son la forma de arco aproximadamente semicircular, presencia de espacios primates, leve sobremordida horizontal y vertical, plano terminal recto, relación canina Clase I, los dientes anteriores forman entre si un ángulo de casi 180°, presencia o no de diastemas (tipo I o tipo II), no existe la Curva de Spee, ni la curva de Wilson.⁸

a) ESPACIAMIENTO

Baume en 1950 determinó dos tipos de distribución de las piezas deciduas en los arcos:

Arco tipo I: Con presencia de espacios en la región anterior o arco abierto.

Arco tipo II: Ausencia de espacios en la región anterior o arco cerrado.⁷

b) RELACIÓN INCISAL HORIZONTAL Y VERTICAL

El overbite de los incisivos temporales es de 1,5mm (80% de los casos) y 1,9mm, respectivamente. En estudios longitudinales se aprecia que ambos van disminuyendo de dimensión, con aumento de frecuencia de valores cercanos a cero.²²

c) LÍNEA MEDIA

Es por lo general coincidente, aunque se observan algunas desviaciones menores, posiblemente sin significado clínico.

d) RELACIÓN RADIAL POSTERIOR

Correspondientes a la relación de los molares en el plano horizontal con los superiores más hacia vestibular que los inferiores. En una muestra

estudiada, se encontró que el 94% de los niños presentan normalidad en este punto, existiendo mordida cruzada en el porcentaje restante. ²²

e) **ESPACIOS PRIMATES**

Clásicamente están situados mesial al canino temporal en el maxilar y distal en la mandíbula, aunque en realidad pueden observarse a la inversa o con espacios por mesial y distal. ²²

Estos espacios tienen especial importancia en el cambio de la dentición porque permiten el movimiento mesial de los dientes posteriores cuando hacen erupción los primeros molares permanentes, facilitan la colocación de estos en posición normal de oclusión. No todos los niños presentan dichos espacios de primates y esta modalidad puede considerarse como una variación normal. ²⁴

Baume fue el primer autor que descubrió los espacios primates en la dentición temporaria de los niños. ³



Figura 1: Espacios primates

f) **RELACIÓN CANINA**

En la fórmula temporal el canino inferior ocluye por delante del superior, de tal manera que la vertiente distal de la cúspide se relaciona con la mesial del oponente. Esta disposición corresponde a los detalles anatómicos de la longitud de estas vertientes.

El valor funcional que tiene esta relación denominada “signo canino normal” es otorgar estabilidad a la región, ya que los caninos mandibulares proveen un contacto que controla la distancia intercanina maxilar, durante el crítico periodo de recambio de incisivos. ²²

Se clasifica la relación canina según la posición de la cúspide del canino deciduo superior con respecto al canino inferior y el primer molar deciduo:

- **Clase I:** La cúspide del superior coincide en el plano vertical con la superficie distal del canino inferior.
- **Clase II:** La cúspide superior está anterior a la cara distal del canino inferior.
- **Clase III:** La cúspide superior está posterior a la cara distal del canino inferior.

Baume afirma que el plano terminal y la relación canina se mantienen durante el período de la primera dentición y todo cambio se debe a factores extrínsecos ambientales. La relación canina permanece también constante después de la alteración del plano terminal en la erupción de los primeros molares permanentes.⁷

g) RELACIÓN DE MOLARES

La relación molar se establece entre las caras distales de los segundos molares, que determinarán la existencia de un escalón mesial, distal o recto.²⁵

En condiciones normales, presenta el plano inferior adelantado con respecto al superior, determinando un escalón mesial. La situación de planos coincidentes, plano terminal recto, o bis a bis, también se considera normal.²²

La relación normal de molares temporales, escalón molar discreto, bis a bis o plano terminal recto, no garantiza por sí misma la normalidad de la eventual oclusión de los molares permanentes.²²

3.2.1.3 MALOCLUSIONES

La presencia de apiñamiento y malposiciones dentarias es rara en dentición temporal y representa un mal pronóstico para el desarrollo futuro de la dentición permanente.²⁵

Son pocas las maloclusiones que se producen en la dentición temporal y está claro que ciertas alteraciones sobre dicha dentición influyen en la dentición permanente. En algunos casos estas alteraciones permitirán predecir las necesidades de un tratamiento inmediato posterior al inicio de la dentición mixta futura.³

3.2.1.3.1 Mordida abierta anterior

La relación vertical de los incisivos o sobremordida indica el grado de solapamiento de los incisivos inferiores por parte de los superiores, ausencia de solapamiento: mordida abierta, generalmente por la presencia de hábitos de succión.

Este tipo de maloclusiones es muy frecuente en edades tempranas y durante el proceso de recambio dentario, pudiendo afectar según su localización al sector anterior, posterior o a ambos, a excepción de los molares.²⁵

La deglución anómala o infantil por la interposición lingual que presenta provoca mordida abierta anterior, al igual que el hábito de succión, ya sea de un objeto (chupete o biberón) o digital, trayendo consigo el desarrollo de mordida abierta asociada con una interposición lingual que contribuye a su persistencia.²⁵



Figura 2: Paciente con mordida abierta debido a un hábito oral (chupón)

3.2.1.3.2 Mordida cruzada anterior

Según Moyers, estas maloclusiones deben ser tratadas con la finalidad de eliminar los obstáculos para el desarrollo facial y de la oclusión y para mantener o restaurar la función normal. Efectivamente, hay notables cambios en la trayectoria mandibular que podrían ser agentes negativos para el desarrollo; de esa manera el tratamiento temprano de la mordida cruzada anterior puede evitar el movimiento anterior de acomodo de la mandíbula y eventual bruxismo en el sector frontal, lo cual puede producir desgastes importantes en el esmalte de los incisivos involucrados, en la

búsqueda mediante adelantamiento mandibular de mayor contacto en máxima intercuspidación.²⁶

Figura 3: Vista de los arcos en oclusión frontal con mordida cruzada en caninos inferiores.



La clave para el tratamiento exitoso de una mordida cruzada anterior es la identificación del problema y su naturaleza, ya que puede ser el resultado de una displasia esquelética, relación dentaria anormal, interferencias funcionales o una combinación de las tres.²⁶

3.2.1.3.3 Mordida cruzada posterior

La mordida cruzada posterior en la dentición temporal es de relativa frecuencia. La etiología no está del todo clara, encontrándose como causas posibles los hábitos de succión, posiciones inadecuadas al dormir, procedimientos con instrumentos obstétricos durante el parto, o más frecuentemente, interferencias oclusales.²²

La mordida cruzada posterior en dentición temporal es una categoría de maloclusión que por lo general no se autocorrigue con el subsecuente desarrollo de la dentición; existe información en el sentido de que la mordida cruzada posterior en la fórmula temporal, es seguida por un cuadro similar en la dentición mixta; así, el tratamiento oportuno de esta anomalía podría prevenir esta posibilidad.²²

3.2.2 HABITOS DE SUCCIÓN NO NUTRITIVA

3.2.2.1 HÁBITOS DE SUCCIÓN

El hábito es la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto. Los hay que se consideran fisiológicos, como son la

respiración nasal, masticación, deglución y existen también aquellos no fisiológicos entre los cuales tenemos la succión no nutritiva (que puede ser de dedo, chupete, etc.), la respiración oral, la interposición lingual, etc.²⁷

Entre los hábitos alimenticios son incluidos la lactancia prolongada, el uso de biberón asociado con azúcar.³

Los hábitos parafuncionales transmiten seguridad y el confort¹⁷, estos malos hábitos pueden alterar el normal desarrollo del sistema estomatognático produciendo un desequilibrio entre las fuerzas musculares externas e internas. Otras veces se suman fuerzas que normalmente no están presentes, como la ejercida por un dedo o chupete. Los hábitos orales anómalos modifican la posición de los dientes y la relación y la forma que guardan las arcadas dentarias entre sí.²⁷ En el desarrollo de la maloclusión juega un papel importante el factor genético en el crecimiento cráneo facial y en el patrón oclusal básico.²⁷

3.2.2.1.1 Succión no nutritiva

Los hábitos de succión no nutritiva de mayor interés para el odontopediatra incluyen la succión digital o de chupones, onicofagia, etc.

Es necesario enfatizar que para inhibir estos hábitos adquiridos se debe comprender la etiología (física o emocional) de ellos²⁹. Algunos de los factores etiológicos responsables de la aparición de hábitos bucales incluyen: conflictos familiares; la presión de la escuela; el estrés de las grandes ciudades; irritación asociada con la erupción de los dientes; interferencias oclusales; respiración y problemas de postura; factores emocionales, como los celos y el rechazo; ausencia de la madre debido al hecho de que ella trabaja fuera y la alimentación artificial.^{28, 29}

Los niños que maman del pecho realizan unos ejercicios musculares mucho más grandes que cuando lactan de un biberón, agotándose mucho más y necesitando en menor medida de la succión no nutritiva (dedo o chupete), y por tanto, de menos riesgo de adquisición de malos hábitos de cara al futuro, como la persistencia de succión no nutritiva.³⁰

3.2.2.1.2 Consecuencias de los HSNN en el macizo estomatognático

Si los HSNN (Hábitos de succión no nutritiva) se alargan en el tiempo podemos observar: paladar ojival, prognatismo maxilar, retrognatia mandibular, incisivos superiores vestibulizados e inferiores lingualizados, resalte aumentado, mordida abierta anterior o lateral, mordida cruzada posterior, tendencia a clase 2/ div 1ª, hipotonía labial, labio inferior hiperactivo con contracción anormal en la succión y deglución.

También se puede observar: boca abierta, facilitando la respiración oral, persistencia de deglución infantil, problemas fonéticos, interposición lingual en reposo, alteraciones en el dedo, labio inferior colocado por detrás de los incisivos superiores, interferencia de la secuencia normal de la erupción, etc.²⁷

3.2.2.2 MALOCCLUSIÓN Y HÁBITOS

Las maloclusiones dentro de hábitos y presiones anormales, como parte de los factores extrínsecos que constituyen la etiología de las maloclusiones.³¹

Ciertos tipos de maloclusiones se desencadenan por la presencia de hábitos, dado que el sustrato no permanece invariable a lo largo del desarrollo del individuo y, por tanto, su patrón morfogenético de desarrollo no sólo está marcado por la herencia, sino que existen factores ambientales que pueden modificarlo. Esto ocurre invariablemente con la aparición de ciertos hábitos que probablemente serán factores causales del desarrollo de determinadas maloclusiones donde el crecimiento óseo y el desarrollo dentario pueden estar influidos.²⁵

Los hábitos de deglución anómala, respiración bucal y succión digital inciden mucho, por lo que una corrección temprana de estos hábitos evitará el desarrollo de anomalías oclusales como mordidas cruzadas anteriores y posteriores.²⁵

3.2.2.2.1 Succión digital

La succión digital comienza en la vida fetal (29ª semana de la gestación), es normal al principio de la vida, en recién nacidos y durante los primeros

meses. Es un comportamiento innato que se transforma en un hábito, se cree que cuando el niño está aburrido, ansioso o cansado es cuando persiste la succión digital.²⁷ El hábito de succión digital se presenta con mucha frecuencia, pero no es apreciado por el odontólogo por la prontitud con que se inicia y también porque suele terminar a los 3 o 4 años de edad.²⁵

Existen diferentes posiciones del dedo, normalmente el pulgar, en dicha succión; la más usual (50%) consiste en introducir el pulgar profundamente, tocando el paladar plenamente y los incisivos inferiores están en contacto en su borde incisal con el nudillo del pulgar.

Para la mayoría de los autores la succión digital es una de las situaciones más nocivas durante el desarrollo de la oclusión normal.²⁷

Hay que recordar que el hábito puede coexistir con anomalías de distinta etiología, de tal manera que al detener éste no necesariamente se corrige la maloclusión.

La succión digital es una relación senso-motora resultante de estímulo-respuesta, como parte de un reflejo normal.²²

Las alteraciones posibles a consecuencia del hábito son especialmente dentarias, y si persiste, o es ejercido con fuerzas mayores, puede afectar igualmente el proceso alveolar.

Curiosamente, un número apreciable de profesionales está dispuesto a aceptar que un niño “produzca” una clase II o distoposición, con succión enérgica del pulgar; sin embargo, les parece improbable tratar una mesioposición enseñando al niño a practicar un hábito de iguales características.

Los efectos dependerán de la posición, la intensidad, la frecuencia y la duración del hábito de succión, ya que en algunos casos su incidencia es muy escasa y, por el contrario, puede producir mordida abierta con franco aumento del resalte por protrusión de los incisivos superiores y retroinclinación de los inferiores.²⁵

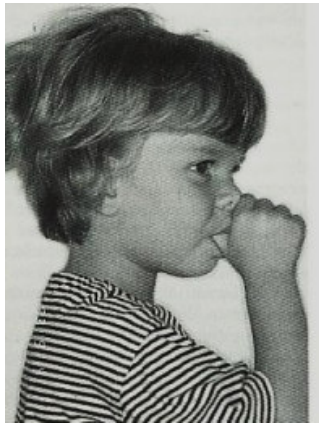


Figura 4:
Posición del dedo

3.2.2.2.2 Chupetes

Se ha observado una mayor tendencia de mordidas cruzadas posteriores con el uso de chupetes. En algunos países los niños reemplazan el dedo por este implemento, con un mayor grado de aceptación social, lo cual prolonga su uso y ejerce efectos sobre los anchos intercaninos, expandiendo el ancho mandibular y disminuyendo el ancho maxilar, favoreciendo de ese modo el establecimiento de mordidas cruzadas.²²

Empieza sobre los primeros 6 meses de vida. Es el hábito de succión no nutritiva más frecuente.



Figura 5: Bebé con chupete

Hay mucha controversia sobre la edad a la que se debe quitar el chupete. Hay estudios que sugieren que es posible disminuir el peligro de estas malposiciones pidiéndoles a los padres que reduzcan el tiempo de chupete al niño, ya que al cesar el hábito, con menos de tres años, se curan espontáneamente.²⁷

Los niños que persisten con hábitos de succión por más de tres años pueden ser considerados con un hábito prolongado. Los factores asociados con esta conducta incluyen la edad de la madre (madres mayores), más alto nivel de educación de la madre al tener su primer hijo y no tener hermanos mayores.²²

El desarrollo de la mordida abierta ocurre principalmente por modificación de los ejes de altura dentaria y sus soportes alveolares más que por cambios sustanciales de naturaleza esquelética (Moore).

3.2.3. LACTANCIA MATERNA

Entendemos por lactancia materna o natural a la alimentación del niño durante los primeros tiempos de su vida cuando se realiza, de modo exclusivo, mamando directamente del pecho de su madre.

Con menos precisión puede considerarse también que lactancia natural es la alimentación del niño con leche de mujer aunque no sea su madre, o la recibe a cucharaditas o a través de sondas. Estas últimas no van seguidas de todas las ventajas que se derivan de la natural.³²

Debe considerarse que la producción de leche de ambos pechos no es la misma, existen diferencias que pueden llegar hasta el 25% entre uno y otro.³³

Entre los mecanismos que influyen de manera decisiva en la secreción de leche se encuentran el frecuente y enérgico estímulo que sobre el pezón ejercen las succiones del niño y el completo y frecuente vaciamiento de la mama. De modo opuesto, es bien conocida la influencia negativa que ejercen el stress, el cansancio físico, las preocupaciones, o la ansiedad.³⁴

El amamantamiento es suficiente para asegurar un crecimiento óptimo durante los primeros seis meses de vida. A partir de este período, la leche de la madre comienza a ser insuficiente para las necesidades del niño.³⁵

Al mamar de su madre el lactante encuentra una importante gratificación afectiva, pudiendo aceptarse que especialmente al final de la tetada la actividad del niño es casi exclusivamente lúdica.

De hecho, era ya conocido de antiguo que la ingestión de leche por el niño que mama de su madre se hace, prácticamente, durante los primeros 5 minutos de la tetada, pese a que permanezca al pecho 15, 20 o más minutos.^{2, 33}

Existe alguna evidencia que sugiere que niños pre-término alimentados con leche materna tienen mejor calcificación y presión arterial inferior en la adolescencia.³⁶

La lactancia materna durante el primer año parece favorecer el crecimiento. Los estudios en países de ingresos medios y bajos sugieren que el aplanamiento precoz en la curva de crecimiento, se presenta en niños que no han sido alimentados de forma exclusiva durante los primeros cuatro a seis meses de vida con leche materna.³⁷

Cuando el niño no completa una lactancia de al menos dos años está expuesto al deficiente desarrollo del aparato bucal produciéndose el “Síndrome de malposición dental”, desarmonía dento-maxilar cursada con una falta de espacio, que hoy día podría calificarse como auténtica pandemia en los países desarrollados, alcanzando cifras de hasta el 90% en la población infantil.³⁸

3.2.3.1 El mecanismo de la amamantada

En el neonato existen tres reflejos que permiten la lactancia materna y le garantizan la supervivencia: el reflejo de búsqueda, el reflejo de succión y el reflejo de deglución.³⁶

Durante el amamantamiento se presentan dos etapas o fases:

- ***Aprehensión del pezón y de la areola y el ordeño de la leche.*** El bebé en la primera parte reconoce el olor de la areola, gracias a la secreción de las glándulas de Montgomery.³⁶
- ***En la segunda etapa la mandíbula avanza y nivela los rebordes alveolares de los dos maxilares.*** Para extraer la leche presiona el pezón en la zona de los tubérculos de Montgomery. Este movimiento posteroanterior de avance de la mandíbula hace posible la alimentación natural al pecho y favorece la morfogénesis de la articulación

témporomandibular (ATM). Se denomina "primer avance fisiológico de la oclusión".³⁶

El chiquito que amamanta adopta un modo de deglución que se adapta a los movimientos que permiten extraer la leche: traga cuando la lengua y la mandíbula están en propulsión hacia delante. La ondulación peristáltica de la lengua encuentra continuidad con un movimiento similar en la faringe y el esófago que evita que el bebé vomite la leche.³⁹

Los bebés amamantados suelen sincronizar mejor los movimientos de succión-deglución-respiración que aquellos alimentados con leche industrial, debido a un mejor control del caudal y de la presión de la leche.

40

3.2.3.2. Lactancia materna desde el punto de vista odontológico

Vale la pena destacar que no existe ninguna restricción sobre el amamantamiento nocturno cuando el bebé es menor de 6 meses, pues el amamantamiento materno es importante tanto para el desarrollo físico como para el emocional, del niño, a esta edad. Se hará una pequeña referencia respecto a la anatomía de la boca del recién nacido, para entender los beneficios de la lactancia materna con respecto al desarrollo de las estructuras maxilo-faciales.⁴¹

A) Boca del recién nacido

En los primeros meses de vida la función alimenticia es exclusivamente líquida, por medio del amamantamiento, para lo cual la boca del recién nacido presenta características especiales para cumplir dicha función, con una exquisita sensibilidad, aun en las zonas alejadas de los labios y las mejillas.

B) Beneficios de la leche materna y su relación con el órgano de la boca

Existen ventajas de la lactancia materna sobre el sistema estomatognático que contribuyen a un adecuado desarrollo de la boca del bebé como son:

- Proporciona estabilidad psicológica disminuyendo la presencia de hábitos nocivos.
- Aumenta el flujo y Ph salival.
- Previene alteraciones del lenguaje por estimulación muscular durante la succión y la deglución.
- Provee un mayor desarrollo de los maxilares permitiendo el avance mandibular, estimulando los meniscos articulares y contribuyendo al desarrollo de la ATM, al igual que logra una adecuada posición y función lingual facilitando el equilibrio craneofacial.⁴²

Con la ejercitación de los músculos masticadores y faciales en el acto de lactar, disminuye en un 50% cada uno de los indicadores de maloclusiones dentarias (apiñamiento, mordidas cruzadas, abiertas, distoclusión) que afectan la estética y la función dentofacial del niño.

C) Lactancia materna en la prevención de hábitos orales nocivos

Los hábitos son prácticas fijas producidas por la constante repetición de un acto, con cada repetición el acto será menos consciente y si es repetido muy a menudo será relegado a una acción inconsciente.

El primer objeto a quien el niño dirige su exigencia es a la madre y lo hace basado en una necesidad, la de alimentarse. Si la alimentación no ha sido satisfactoria porque la succión se vio frustrada, este niño a lo largo de su vida irá creando sustitutos, por ejemplo: tender a chuparse el dedo o puede ponerse objetos extraños en la boca, morderse las uñas, el pelo, el brazo, el labio y otros hábitos incorrectos.^{43, 44} Durante el amamantamiento, el bebé debe presionar con la lengua los senos lactíferos para obtener la leche; este esfuerzo realizado por el niño cubre la necesidad de succión del bebé previniendo así los hábitos orales nocivos, pero cuando se alimenta mediante el biberón, no necesita esfuerzo alguno para darle forma a la tetilla dentro de su boca esto puede dar inicio a otros hábitos como el de la deglución atípica.⁴⁵

3.3 Definición de términos

- **Maloclusiones o problemas de oclusión dental:** son el resultado de la adaptación de la región orofacial a varios factores etiológicos, resultando en diversas implicaciones que varían desde la insatisfacción estética hasta alteraciones en el habla, masticación, deglución, disfunciones temporomandibulares y dolor orofacial ⁵.
- **Lactancia materna:** alimentación del niño de modo exclusivo mamando directamente del pecho de su madre ².
- **Hábito de succión no nutritiva:** si el niño ha succionado algún objeto más allá del primer año de vida (usualmente el dedo o chupón) sin relación a alimentación ⁴.

3.4 Hipótesis y variables

✓ **Hipótesis**

El trabajo de investigación no presenta hipótesis por ser descriptivo.

✓ **Variables**

Variables de estudio:

- ❖ Variable Dependiente: Oclusión en dentición decidua
- ❖ Variable Independiente: Hábitos de Succión

3.5 Identificación de variables

Variable	Definición	Indicador	Escala	Categoría
Variable dependiente				
Oclusión en dentición decidua	La Oclusión normal está definida como la conexión armoniosa de dos arcadas dentales con la superficie distal del segundo molar inferior deciduo ligeramente mesializado o en el mismo plano de la superficie distal del segundo molar superior, con relación transversal correcta, con la cúspide del canino superior insertando simplemente distal al canino inferior y con los incisivos superiores parcialmente que sobresale a los incisivos inferiores.	Plano terminal	nominal	- escalón mesial - recto - escalón distal
		Espacios primates	nominal	-arcada superior -arcada inferior -ambas arcadas - no presenta
		Relación canina	nominal	- clase I - clase II - clase III
		Mordida abierta anterior	nominal	- presenta (mm) - no presenta
		Mordida cruzada anterior	nominal	- presenta - no presenta
		Mordida cruzada posterior	nominal	- unilateral - bilateral -no presenta

Variable	Definición	Dimensiones	Definición	Indicador	Escala	Categoría
Variables Independientes						
Tipos de succión	Acto que realizan los bebés, consiste en llevar algo a la boca y ejercer presión ya sea para poder alimentarse o como hábito.	Succión por lactancia materna	Niño alimentado del seno materno desde su nacimiento y sin uso de biberón.	Presencia de succión por lactancia materna	nominal	presenta no presenta
		Succión no nutritiva	Niño que ha succionado algún objeto más allá del primer año de vida, sin relación a la alimentación.	Tipo de succión no nutritiva	nominal	dedo chupón labio otro objeto
Sexo	Características fenotípicas y genotípicas de los niños.			Características fenotípicas del niño	nominal	masculino femenino
Edad	Tiempo que ha vivido una persona			Número de años del niño a la fecha del examen clínico	razón	3 años 4 años 5 años

IV. METODOLOGIA

4.1 Tipo de investigación

El análisis del estudio pertenece al tipo:

- **Retrospectivo:** por ser un estudio que se realiza en el presente pero con datos del pasado.
- **Observacional Descriptivo:** porque el investigador se limitará a observar y describir determinadas variables.
- **Transversal:** porque la información se obtendrá en un solo momento.

4.2 Población y muestra

POBLACIÓN

La población estuvo constituida por los niños de 3 años hasta 5 años 11 meses de edad del Centro Poblado de Carhuapata, distrito Lircay, provincia Angaraes, departamento de Huancavelica.

MUESTRA

La muestra fue no probabilística por los casos intencionales que se encontraron.

4.3 Procedimientos y técnicas

- Se solicitó la autorización correspondiente para realizar el estudio en la Red de Salud Angaraes de Huancavelica. **(ANEXO 1)**
- En el Centro Poblado de Carhuapata, la población total de niños según INEI fue de: 3 años (76) + 4 años (84) + 5 años (100); POBLACIÓN = 260.
- Se pidió el consentimiento informado de la madre para la evaluación clínica de su hijo. **(ANEXO 2)**

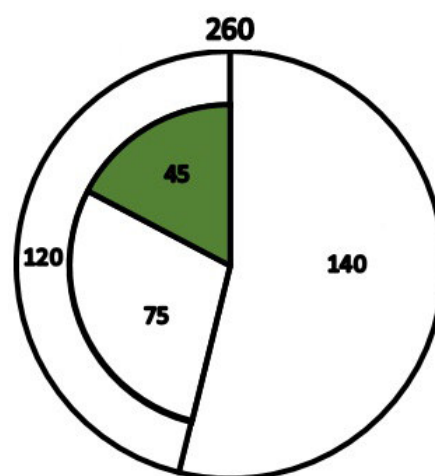
- *Criterios de inclusión*, fueron considerados 2 criterios principales:
 - ✓ Niños de 3a a 5a11m del Centro Poblado Carhuapata que cuando bebés tuvieron lactancia materna exclusiva.
 - ✓ Niños con dentición decidua completa.
- Se realizó el examen bucal a cada niño tomando en cuenta los datos precisos que se requieren en las variables.
- *Criterios de exclusión*, con los que se redujo la muestra debido a:
 - ✓ Madres que se negaron a participar en el trabajo de investigación.
 - ✓ Niños que habían tomado leche de un biberón en algún momento.
 - ✓ Niños que no presentaron los 20 dientes de leche completos.
 - ✓ Niños que mostraron algún diente supernumerario.
 - ✓ Niños que tenían los dientes muy cariados y no se podía registrar los parámetros de oclusión.

➤ **POBLACIÓN TOTAL: 260**

140: niños no examinados

120: niños examinados de manera aleatoria.

75: niños excluidos



45: MUESTRA TOTAL del trabajo de investigación.

- La información sobre la lactancia materna y la succión no nutritiva de cada niño(a) se obtuvo de un cuestionario especialmente confeccionado para las madres. **(ANEXO 3 y 4)**

4.4 Procesamiento de datos

Se realizó de manera automatizada empleando una computadora Pentium IV y utilizando los programas:

- Microsoft Office Word 2013
- Microsoft Office Excel 2013
- Programa estadístico

4.5 Análisis de los resultados

El análisis de los resultados se realizó con el programa SPSS 20:

- Frecuencias y porcentajes
- Pruebas de Chi cuadrado

V. RESULTADOS

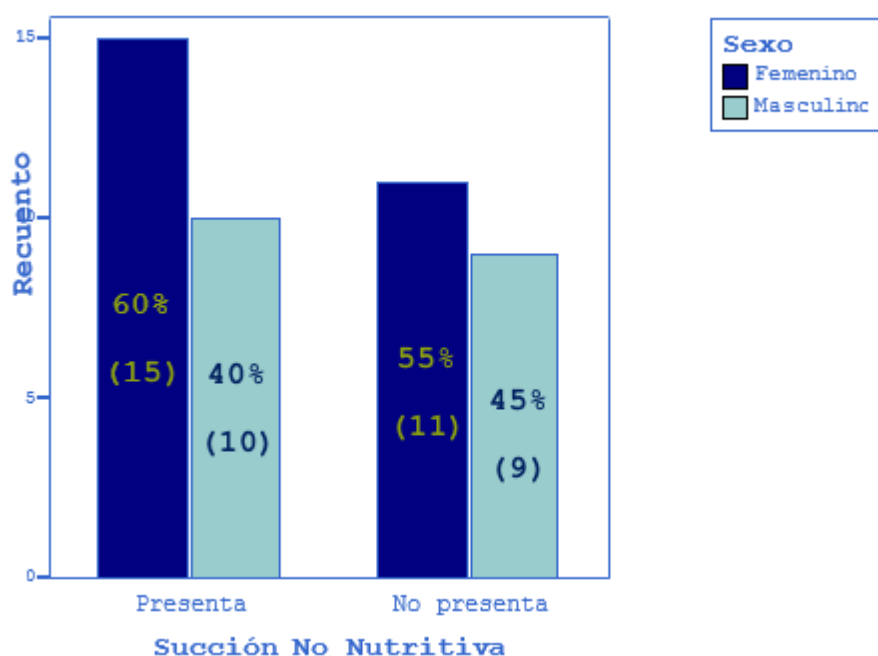
Tabla 1: Tiempo de lactancia materna de los niños según sexo y en sus diferentes edades.

Edad	Sexo		Lactancia materna (en meses)			
	F	M	Cantidad de niños	%	Media (meses)	Desviación típica
3	10	7	17	0.38	15.88	5.53
4	11	2	13	0.29	20.46	8.5
5	5	10	15	0.33	20.4	11.15
TOTAL	26	19	45	100		

Se realizó el cuestionario a las madres de todos los niños que formaron parte de la muestra constituida por 45 niños, en su mayoría del sexo femenino 57,8% (26).

La edad de la muestra fue de 3 años (38%), 4 años (29%) y 5 años (33%). En relación a la lactancia materna los niños de 4 y 5 años presentaron una media de 20 meses (1a 8m) con desviación de 8 y 11 meses respectivamente.

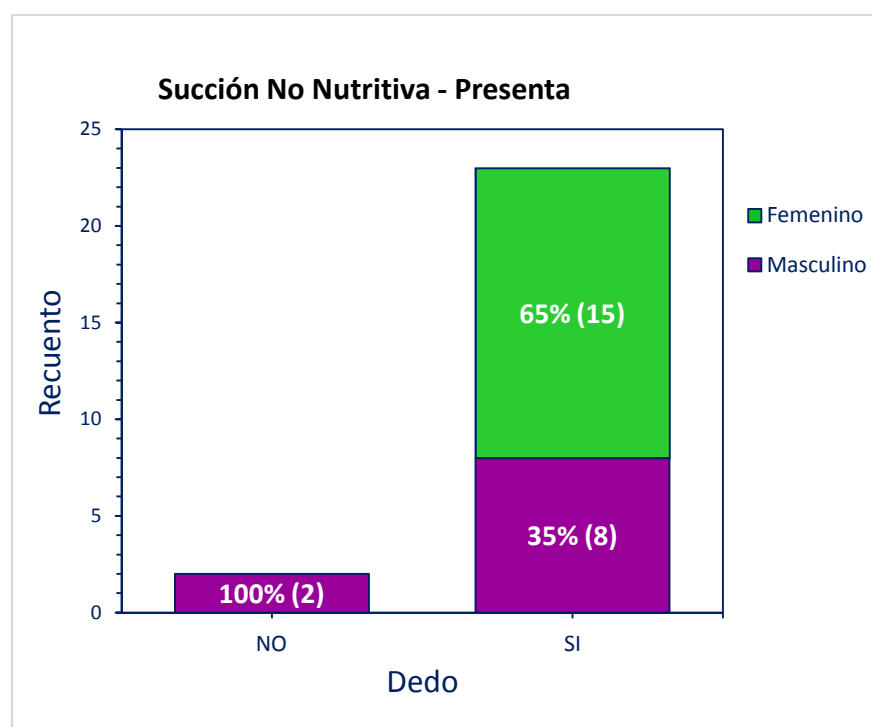
Gráfico 1: Cantidad de niños que presentaron y no presentaron hábitos de succión no nutritiva según sexo.



Los niños que presentaron hábitos de succión no nutritiva fueron el 56% (25) de la muestra, de los cuales el 60% (15) fueron de sexo femenino.

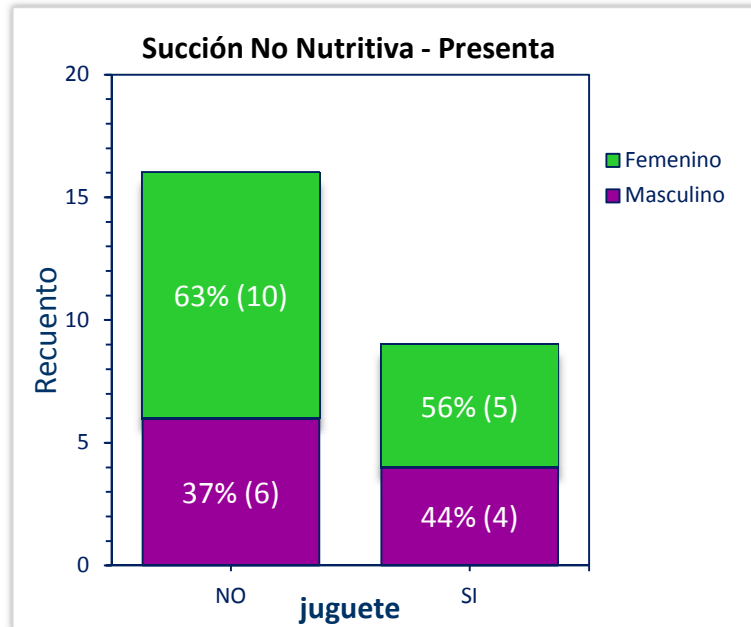
En los niños que no presentaron hábitos de succión no nutritiva también predominó el sexo femenino con 55% (11).

Gráfico 2: Niños con hábitos de succión no nutritiva del dedo según sexo.



De los niños con hábitos de succión no nutritiva, se encontró que el 92% (23) presentó la succión del dedo, el 70% de ellos por un tiempo menor de 2 años y el restante un promedio de 3 años. La succión del dedo índice se presentó en el 78% (18) y del dedo pulgar en 22% (5).

Gráfico 3: Niños con hábitos de succión no nutritiva de un juguete según sexo.



De los niños con hábitos de succión no nutritiva, se encontró que el 36% (9) presentó la succión de un juguete, de los cuales el 100% fue por un tiempo menor de 2 años.

★ De los 25 niños con hábitos de succión no nutritiva, el 28% (7) presentaron al mismo tiempo succión de dedo y succión de un juguete que no fue mayor de 2 años.

Tabla 2: Alteración de la oclusión en presencia o no de hábitos de succión no nutritiva.

		Oclusión					
		Oclusión Alterada		Oclusión Normal		Total	
		(#)	(%)	(#)	(%)	(#)	(%)
Succión No Nutritiva	Presenta	10	42	15	71	25	56
	No presenta	14	58	6	29	20	44
Total		24	53	21	47	45	100

La oclusión alterada se dio en el 53% (24) del total de niños (45), de los cuales el 42% (10) presentaron hábitos de succión no nutritiva. La mayoría de los niños con oclusión normal, el 71% (15) habían presentado hábitos de succión no nutritiva.

Tabla 3: Prueba de Chi cuadrado para los hábitos de succión no nutritiva con la oclusión decidua

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4.018 ^b	1	0.045

La prueba del Chi-cuadrado determina con un 95% de confianza que existe una relación estadísticamente significativa ($0.05 > 0.045$) entre los hábitos de succión no nutritiva y la oclusión decidua.

En relación a los hábitos de succión no nutritiva y la oclusión alterada se encontró una relación indirecta.

Tabla 4: Alteración de la relación canina en presencia o no de hábitos de succión no nutritiva.

		Relación canina					
		Clase II/ Clase III		Ambas Clase I		Total	
		(#)	(%)	(#)	(%)	(#)	(%)
Succión No Nutritiva	Presenta	10	43	15	68	25	56
	No presenta	13	57	7	32	20	44
Total		23	51	22	49	45	100

La relación canina alterada se encontró en el 51% (23) de los niños, de los cuales el 43%(10) presentaron hábitos de succión no nutritiva. De la mayoría de los niños que presentaron la relación canina ideal, el 68% (15) habían presentado hábitos de succión no nutritiva.

Tabla 5: Prueba de Chi-cuadrado para los hábitos de succión no nutritiva con la relación canina.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.779 ^b	1	0.095

La prueba del Chi-cuadrado determina con un 95% de confianza que no existe una relación estadísticamente significativa ($0.095 > 0.05$) entre los hábitos de succión no nutritiva y la relación canina.

Tabla 6: Espacio primate en presencia o no de hábitos de succión no nutritiva.

		Espacio Primate					
		Arcada Superior/ No Presenta		Ambas arcadas		Total	
		(#)	(%)	(#)	(%)		
Succión No Nutritiva	Presenta	24	59	1	25	25	56
	No presenta	17	41	3	75	20	44
Total		41	91	4	9	45	100

El espacio primate en ambas arcadas se presentó en el 9% (4) de los niños, de los cuales el 25% (1) presentó hábitos de succión no nutritiva.

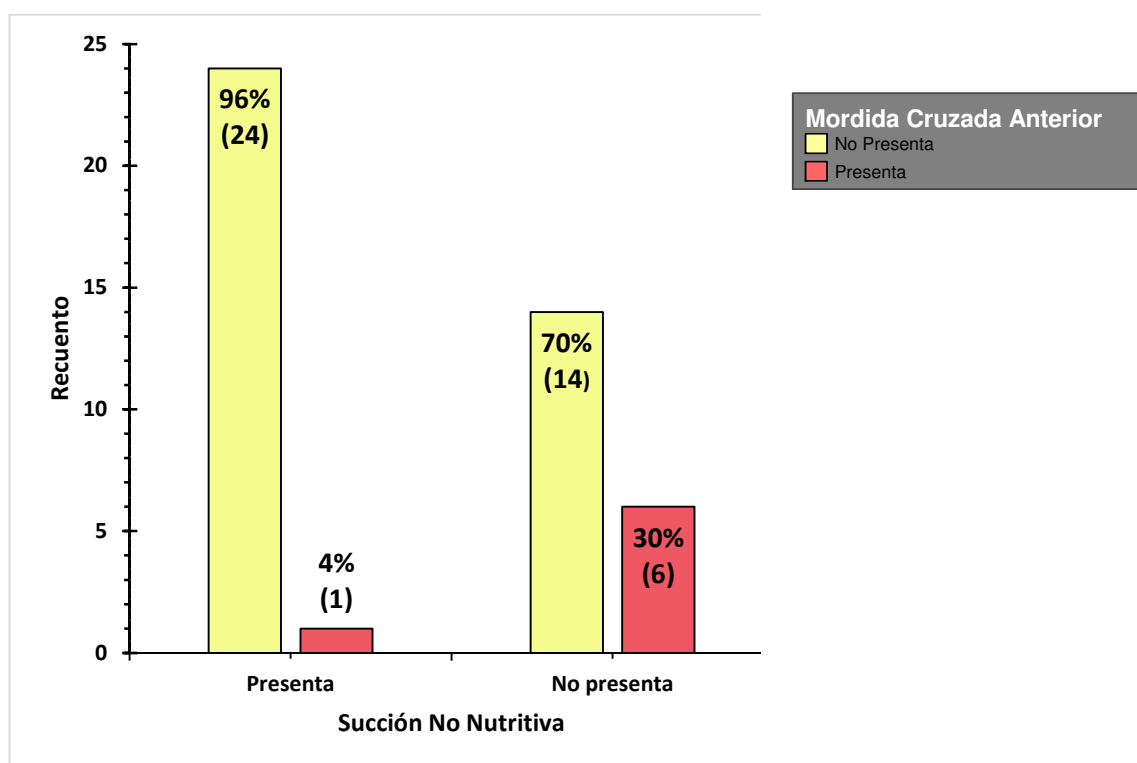
Tabla 7: Prueba de Chi-cuadrado para los hábitos de succión no nutritiva con el espacio primate.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.660 ^b	1	0.198

La prueba del Chi-cuadrado determina con un 95% de confianza que no existe una relación estadísticamente significativa ($0.198 > 0.05$) entre los hábitos de succión no nutritiva y el espacio primate.

★ En la muestra el 100% presentó el plano terminal “normal” con el escalón mesial en 60%(27), plano terminal recto en 36%(16) y combinación de ambos en 4%(2). Por lo que analizar la presencia o no de los hábitos de succión no nutritiva no presenta relevancia en este aspecto.

Gráfico 4: Mordida cruzada anterior en presencia o no de hábitos de succión no nutritiva.



De los niños que presentaron hábitos de succión no nutritiva, solo el 4% (1) presentó mordida cruzada anterior. La mayor cantidad de niños con mordida cruzada anterior fueron el 30% (6) de niños que no presentaron hábitos de succión no nutritiva.

Tabla 8: Mordida cruzada anterior en presencia o no de hábitos de succión no nutritiva.

		Mordida Cruzada Anterior					
		Presenta		No Presenta		Total	
		(#)	(%)	(#)	(%)	(#)	(%)
Succión No Nutritiva	Presenta	1	14	24	63	25	56
	No presenta	6	86	14	37	20	44
Total		7	16	38	84	45	100

La mordida cruzada anterior se presentó en el 16% (7) de los niños, de los cuales el 14% (1) presentó hábitos de succión no nutritiva. De los niños que no presentaron mordida cruzada anterior, la mayoría el 63% (24) habían presentado hábitos de succión no nutritiva.

Tabla 9: Prueba de Chi-cuadrado para los hábitos de succión no nutritiva con la mordida cruzada anterior.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5.718 ^b	1	0.017

La prueba del Chi-cuadrado determina con un 95% de confianza que existe una relación estadísticamente significativa ($0.05 > 0.017$) entre los hábitos de succión no nutritiva y la mordida cruzada anterior. La relación que se expresa entre ellos es una relación indirecta.

★ En la muestra total de niños, el 100%(45) no hubo presencia de maloclusión por mordida abierta anterior ni mordida cruzada posterior. Por ello no se desarrollaron las tablas para cuantificarlos ni analizarlos.

VI. DISCUSIÓN

- En el estudio desarrollado por Alvarez & col (2011)¹⁶ la muestra fue de 50 niños donde se encontró una relación entre el plano terminal y la succión digital. A diferencia del presente estudio se tomó en consideración el tipo de la lactancia artificial como hábito nocivo, sin tomar en cuenta la lactancia materna exclusiva, lo que explicaría la diferencia en los resultados obtenidos.
- En este trabajo de investigación vemos un desarrollo favorable de la oclusión decidua en presencia de la lactancia materna dado que no se consideraron en el presente estudio a los niños que usaron biberón. Siendo la alimentación de estos por medio de la lactancia materna hasta un promedio de 20 meses de edad, siempre exclusiva hasta los 6 meses y luego directamente al paso de la lactancia. Guerra & col (2010)⁴⁶ afirmaron que la alimentación por medio de la lactancia materna desde el nacimiento y por un tiempo mayor a 6 meses contribuye notablemente a la prevención de alteraciones dento-buco-máxilofaciales. Al igual que Viggiano E. & col (2004)⁹ y Mendoza A. & col (2008)⁴ quienes hallaron que la alimentación por lactancia materna representa un factor protector y preventivo al desarrollo de la maloclusión, como de la mordida cruzada posterior en la dentición temporal. Lo que tiene relación directa con el hecho de no haber encontrado mordida cruzada posterior en el presente trabajo. Aunque hay que resaltar que sólo en el 2% (1) de la muestra se presentó mordida cruzada anterior relacionado al hábito de succión no nutritiva de un juguete.
- Paredes J. (2004)¹⁰ y Obregón J. (2008)³ en sus tesis en niños peruanos de Lima y Ancash encontraron respectivamente: plano terminal con mayor prevalencia de escalón mesial en 67,62% y 50%, plano terminal recto en 24,29% y 48,3% y escalón distal en 8,10% y 1,7%; resultados similares en los niños de Huancavelica de la presente investigación donde se encontró escalón mesial en 60%, plano terminal recto en 36%, combinación de ambos en 4% y ausencia de escalón distal.

- En estudios de Da Silva F & col (2004)¹¹ y Carrasco M & col (2009)¹⁵ encontraron que el hábito bucal de succión más frecuente fue el biberón en 29,96% y 61,9% respectivamente; otro hábito frecuente es el chupón (28,95%) y dedo (9,72%), trayendo como consecuencia las maloclusiones de mordida abierta anterior (50,76%) y mordida cruzada posterior (18,8%). Peve V. (2006)⁷ en su tesis sobre prevalencia obtuvo datos sobre mordida abierta anterior en 4% y mordida cruzada posterior en 1%; poco después Vilela & col (2008)¹³ encontraron relación directa de hábitos de succión no nutritiva y mordidas cruzadas posteriores, también Mendoza & col (2014)¹⁸ encontraron en su muestra mordida abierta anterior (35,1%) y mordida cruzada posterior (12,8%). A diferencia de lo mencionado, la presente investigación no encontró relación del hábito de succión del dedo o chupón con mordida cruzada anterior. A pesar que el 56% de los niños presentó algún hábito de succión no nutritiva no se observaron niños con mordida cruzada posterior o mordida abierta anterior.

- En Brasil, Gonçalves & col (2007)¹² encontraron la relación de los periodos cortos de alimentación materna (menos de 6 meses) con la presencia de los hábitos de succión no nutritivos en especial del chupón. Fuguet & col (2014)¹⁹ encontraron que una lactancia materna corta (0-3 meses) influyó en la aparición de hábitos bucales deformantes (86,6%) en especial succión digital y Vergara & col (2014)²⁰ vieron la influencia de la lactancia materna combinada en la aparición de hábitos bucales deformantes como lengua protáctil y succión digital; lo que sugiere diferencia a los resultados de este estudio en donde a pesar que la alimentación por lactancia materna se prolongó hasta en un promedio de 20 meses se encontró hábitos de succión no nutritivos en un 56% de los niños.

- En un reciente estudio Gramal E. (2014)²¹ resalta que la lactancia materna mayor a los 12 meses favoreció el desarrollo de una oclusión normal (51.7%) en niños de una zona rural de Ecuador; información que se asemeja a los resultados obtenidos en los niños examinados de una zona rural del Perú para ésta investigación, niños con lactancia materna

promedio de 20 meses en los que se desarrolló una oclusión normal (47%) y las alteraciones estuvieron más asociadas a factores genéticos, ambientales, extrínsecos u otros; que a presencia de hábitos nocivos como son la relación canina clase III y la mordida cruzada anterior.

- La presencia unilateral, bilateral o ausencia de espacios primates no es un determinante para la maloclusión²⁴, es decir de presentarse los espacios primates de manera ideal en ambas arcadas no garantiza una buena oclusión permanente; por ello aunque se presentó ambas arcadas en un 9%(4) no se consideró dentro de la oclusión normal para el presente estudio.

VII. CONCLUSIONES

- Los niños de la muestra se alimentaron con lactancia materna en un promedio de 19 meses desde su nacimiento, siendo exclusiva hasta los 6 meses y con una desviación típica de 8 meses.
- Los niños que presentaron hábitos de succión no nutritiva fueron el 56% (25), de los cuales el 64% (16) presentó succión del dedo, el 8% (2) succión de un juguete y el 28% (7) asociación de ambos. La succión del dedo que predominó fue del dedo índice en 72% (18) de los niños.
- En el hábito de succión del dedo el 70% fue <2 años y en el restante un promedio de 3 años; en el hábito de succión de un juguete en todos los niños fue por un tiempo menor de 2 años igual que en la asociación de hábitos.
- En la muestra el 100% presentó el plano terminal considerado normal siendo el escalón mesial (60%), plano terminal recto (36%) y combinación de ambos (4%).
- El espacio primate en ambas arcadas se presentó en el 9% (4) de los niños, de los cuales el 25% (1) presentó hábitos de succión no nutritiva. No se encontró relación estadísticamente significativa.
- La relación canina alterada se encontró en el 51% (23) de los niños, de los cuales el 43%(10) presentaron hábitos de succión no nutritiva con succión de dedo en el 90%(9), succión de un juguete en 10% (1) y succión de ambos (dedo y juguete) en el 30%(3). No se encontró una relación estadísticamente significativa.
- No hubo presencia de maloclusión por mordida abierta anterior.

- De los niños que presentaron hábitos de succión no nutritiva, solo el 4% (1) presentó mordida cruzada anterior relacionado al hábito de succión no nutritiva de un juguete. La mayor cantidad de niños con mordida cruzada anterior fueron el 30% (6) de niños que no presentaron hábitos de succión no nutritiva.
- No hubo presencia de maloclusión por mordida cruzada posterior.
- la relación estadística encontrada entre los hábitos de succión no nutritiva y la oclusión decidua alterada fue inversa, lo que sugiere que la lactancia materna actúa como factor preventivo de la maloclusión. Las alteraciones estuvieron más asociadas a factores genéticos, ambientales, extrínsecos u otros; que a presencia de hábitos de succión no nutritiva como son la relación canina clase III y la mordida cruzada anterior.

VIII. RECOMENDACIONES

- Controlar una muestra en estudio longitudinal tomando en cuenta el tipo de alimentación, con y sin hábitos de succión no nutritiva para verificar la influencia de éstos en la oclusión decidua.
- Realizar toma de modelos de estudio a los niños de la muestra para verificar las relaciones oclusales analizadas.
- Realizar otro estudio con un mayor tamaño de muestra para poder generalizar resultados.
- Tomar muestra de diferentes provincias para obtener resultados comparativos.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rondón R, Zambrano G, Guerra, M. Relación de la lactancia materna y el desarrollo Dento-Buco-Máximo-Facial: Revisión de la literatura latinoamericana. Revista latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [Revista en línea] 2012 [Consultado 12 junio 2014]; 1-27. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art20.asp>.
2. Paredes NK, Valdivieso VM. Lactancia en el infante: materna, artificial y sus implicancias odontológicas. Odontol Pediatr. 2008; 7(2): 27-33.
3. Obregon PJ. Tipo de escalón molar y espacios primarios en dentición decidua en niños de 3 a 5 años que recibieron lactancia materna y mixta en la provincia de Huaraz, Ancash [Tesis]. Lima: Universidad Alas Peruanas. Facultad de Ciencias de la Salud; 2008.
4. Mendoza A, Asbún P, Crespo A, González S, Patiño R. Relación de la lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental. Rev Soc Bol Ped. 2008; 47(1): 3-7.
5. Del Castillo A, Mattos VM, Del Castillo R, Del Castillo C. Maloclusiones en niños y adolescentes de caseríos y comunidades nativas de la Amazonía de Ucayali, Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2011; 28(1): 87-91.
6. Guedes-Pinto A. Rehabilitación Bucal en Odontopediatría - Atención Integral. 1ª ed. Colombia: Amolca; 2003
7. Peve GV. Prevalencia de alteraciones oclusales en niños con dentición decidua del C.E.I. N°04 del distrito de San Martín de Porres [Tesis]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Estomatología; 2006.
8. Torres ML. Las características oclusales de la dentición decidua y el estado nutricional en niños de Saños Chico, Huancayo-2006. Odontol Pediatr. 2008; 7(2): 15-19.
9. Viggiano D, Fasano D, Monaco G, Strohmenger L. Breast feeding, bottle feeding, and non-nutritive sucking; effects on occlusion in deciduous dentition. Arch Dis Child. 2004; 89: 1121-1123.
10. Paredes J. Espacios fisiológicos y los tipos de pianos terminales en las arcadas de los niños de 3 a 6 años en tres centros educativos del

distrito de San Juan de Lurigancho. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal. Facultad de Odontología; 2004.

11. Da Silva F, Do Rego, Silva P, Cavassan A, Fernández J. Hábitos de succión y maloclusión: epidemiología en la dentadura temporal. *Ortod Esp* 2004; 44(2): 127-140.
12. Goncalvez P, Saliba C, Isper A, Gonçalves A. Amamantamiento versus hábitos bucales deletéreos: ¿Existe una relación causal? *Acta Odontol Venez*. 2007; 45(2).
13. Vilela HM, Tornisiello KC, Rosenblatt A. Non-nutritive sucking habits, dental malocclusions, and facial morphology in Brazilian children: a longitudinal study. *Eur J Orthod*. 2008; 30: 580-585.
14. Mendes A, Valença A, De Lima C. Associação entre aleitamento, hábitos de sucção não-nutritivos e maloclusões em crianças de 3 a 5 anos. *Cienc Odontol Bras*. 2008; 11(1): 67-75.
15. Carrasco-Loyola ML, Villena-Sarmiento RS, Pachas-Barrionuevo FM, Sánchez-Huamán YD. Lactancia materna y hábitos de succión nutritivos y no nutritivos en niños de 0-71 meses de comunidades urbano marginales del cono norte de Lima. *Rev Estomatol Herediana*. 2009; 19(2):83-90.
16. Alvarez M, Quiroz K, Chamilco A, Vásquez C, Yaranga L, Sánchez J, Medina K, Delgado R. Estudio piloto: Influencia de los hábitos orales en el desarrollo de maloclusiones en infantes. *Odontol. Sanmarquina* 2011; 14(2): 13-16.
17. Rondón R, Zambrano G, Guerra M. Relación entre el período de lactancia materna y maloclusiones. *Revista de Odontopediatría Latinoamericana*. 2012; 2(2): 9-16.
18. Mendoza L, Meléndez A, Ortiz R, Fernández A. Prevalencia de las maloclusiones asociada con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos. *Revista Mexicana de Ortodoncia*. 2014; 2(4): 220-227.
19. Fuguet Boullon JR, Betancourt García AI, Ochoa Jiménez L, González Pérez M, Crespo García A, Viera Rodríguez D. Influencia de la lactancia materna en la prevención de hábitos bucales deformantes. *Rev Méd Electrón [Internet]*. 2014 Sept-Oct [citado: Dic 2014]; 36(5). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vol5%202014/tema04.htm>.

20. Vergara R, Barrueco L, Díaz L, Pérez E, Sanchez T. Influencia de la lactancia materna sobre la aparición de maloclusiones en escolares de 5 a 6 años. MEDISAN 2014; 18(8): 1091-1098.
21. Gramal AE. Estudio de la relación entre lactancia y presencia de maloclusiones en preescolares de 3-5 años de edad de la parroquia Miguel Egas Cabezas del Cantón Otavalo [Tesis]. Quito: Universidad Central del Ecuador. Facultad de Odontología; 2014.
22. Escobar, MF. Odontología Pediátrica. Venezuela: Amolca; 2004.
23. Aguila, F. 2000. Tratado de Ortodoncia teoría y práctica Tomos I y II: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericanas, C.A.
24. Moyers, R.E. Manual de Ortodoncia. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana. 4ta. Edición, 1992.
25. Barbería LE., Boj QJ., Catalá PM., García BC., Mendoza MA. Odontopediatría. 2ª ed. España: Masson; 2002.
26. Escobar MF, Werner OA. Mordida cruzada anterior en dentición temporal. Odontol clin 2005. 14-17.
27. Pipa V, Cuerpo G, López A, González G, Pipa M, Acevedo P. Prevalencia de maloclusión en relación con hábitos de succión no nutritivos en niños de 3 a 9 años en Ferrol. Av Odontoestomatol. 2011; 27(3): 137-145.
28. Mussolino A, García F, Borsatto M, Filho P, Bezerra L, Díaz K. Inter-relação padrão de aleitamento e hábitos de sucção não nutritivos. Odontol Clín Cient. 2010; 9(3): 209-214.
29. Cavassani VGS, Ribeiro SG, Memr NK. Hábitos de sucção: estudo piloto em população de baixa renda. Rev Bras Otorrinolaringol. 2003; 69(1): 106-110.
30. Bardolet FL, Sánchez MM, Sentís VJ, Ustrell TJ. Hábito de succión no nutritiva y su relación con la maloclusión. Rev Eur Odontoestomatol [Revista en línea] 2006 [Consultado 20 mayo 2014]. Disponible en: <http://www.redoe.com/ver.php?id=40>.
31. Vellini, F. 2004. Ortodoncia, Diagnóstico y Planificación clínica. Brasil: Editora Artes Médicas 2º edición. 553p.
32. E. Casado de Frías. "Lactancia natural". Ed. Artes gráficas gala. Madrid; Ministerio de Sanidad y Consumo España. 1996.

33. Akre J. "Alimentación infantil: bases fisiológicas". Publicación Incap med – 001; Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. Guatemala. 1998.
34. Kulski JK. "Changes in milk composition during the initiation of lactation". Ed. Biol. Med. SCI. E.U.A. 2002.
35. Merino, E. Lactancia materna y su relación con las anomalías dentofaciales. Acta Odontol Venez. 2003; 41(2).
36. Carrillo EC. Influencia de la lactancia materna y artificial en el crecimiento mandibular en neonatos [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Odontología; 2008.
37. Ustrell J, Sanchez-Molins, M. Fisiología bucal infantil: función y crecimiento de la cavidad oral del lactante. Matronas Profesión 2003; 4(14).
38. Albaladejo, A; Leones, A. La musculatura, un aparato de ortodoncia y contención natural. Ortodoncia Clínica 2004; 7(3):138-148.
39. Mc Donald RE, Avery DR. Odontología Pediátrica y el adolescente. 6ta. ed. Madrid: Mosby/Doyma libros; 1995.
40. Graber T, Rakosi T, Petrovic A. Ortopedia dentofacial con aparatos funcionales. 2da. ed. Madrid, España: Harcourt Brace; 1998.
41. Herrera, G. Congreso latinoamericano de lactancia de Wellstart Internacional. Oaxaca, México del 22 al 28 de marzo de 1992.
42. Luis Reinaldo De Figueiredo. "Odontología para el bebé". Ed. AMOLCA. Brasil. 2000.
43. Blanco-Cedres L. Guerra M. E.Rodríguez Sebastián. Lactancia materna en la prevención de hábitos orales viciosos de succión y deglución. Acta Odontol. Venez V.45 N.1 Caracas Ene. 2007.
44. Antonio de Padua Ferreira Bueno. "Crescimento craniofacial: Uma interpretacao sistematica". Rio de Janeiro, Brasil. 1997.
45. Carrillo S. 1996; Determinación de la relación entre las características de la oclusión y hábitos orales en niños de 24 a 48 meses de edad con dentición decidua que acudieron a consulta pediátrica HNCH en diciembre de 1995- Enero 1996. [Tesis para optar el título de cirujano dentista UPCH] Lima – Perú.

46. Guerra, ME; Rodríguez, S; Blanco, L. Relationship Between Breastfeeding Period and Dentobuccomaxillofacial Characteristics in Venezuelan Children. IADR. [Internet] 2010 [citado: Enero 2015]. Disponible en: http://iadr.confex.com/iadr/2010barce/preliminaryprogram/abstract_131547.htm.
47. Saliba S, Barbosa N, Isper A, Saliba O. Relação entre aleitamento materno e hábitos de sucção não nutritivos. Cien Saude Colet. 2011; 16(5): 2477-2484.
48. De la Coleta P, Da Silva M, Tenca F, Marcantonio B, De Souza R. Prevalência dos hábitos de sucção não nutritiva e sua relação com a idade, gênero e tipo de aleitamento em pré-escolares da cidade de Araraquara. Rev. Cefac, São Paulo [Internet] 2011 [citado: Dic 2014].
49. López D, Singh D, Feliciano N, Machuca M. Associations between a history of breast feeding, malocclusion and parafunctional habits in Puerto Rican Children. PRHSJ 2006; 25(1): 31-34.
50. Rondon R, Zambrano G, Guerra M. Relación de la lactancia materna y el desarrollo Dento-Buco-Máxilo-Facial: Revisión de la literatura latinoamericana. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. [Internet]. 2012. [citado: Dic 2014]. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art20.asp>.
51. Vallejo P, García C, Monje E, Gonzalez G, Muniz P, Prado A. Prevalencia de maloclusión en relación con hábitos de succión no nutritivos en niños de 3 a 9 años en Ferrol. Avances en Odontoestomatología. 2011; 27(3): 137-145.
52. Santiso A, Torres M, Álvarez M, Cubero R, López D. Factores de mayor riesgo para maloclusiones dentarias desde la dentición temporal. Revisión bibliográfica. MEDICIEGO 2010; 16(1).
53. Mendoza A, Asbún P, Crespo A, Gonzales S, Patiño R. Relación de la Lactancia Materna y Hábitos de Succión no Nutritiva con Maloclusión Dental. Rev Chil Pediatr 2010; 81 (2): 174-175.
54. Mendizábal C. Nivel de información acerca de la influencia que ejercen los hábitos deletéreos sobre la oclusión dentaria en madres que acuden al Servicio de la Odontología Pediátrica del Centro Médico Naval,

en el año 2006. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Odontología; 2007.

55. Cuijño QM. Lactancia materna: Factor protector de la dentición. Departamento de Salud Pública. 2004; 9: 45-51.

56. De Holanda FA, Dos Santos AS, De Sena FM, Ferreira FM. Relationship Between Breast- and Bottle-Feeding and Non-Nutritive Sucking Habits [abstract]. Oral Health Prev Dent. 2009; 7(4): 331.

57. Freitas M, Cella M, Lopes S. Estudo das características da dentição decídua em crianças entre 3 e 6 anos de idade. Dynamis. abr/jun 2008; 3(14): 33-36.

58. Lund Almeida M, Vedovello M, Vedovello S, Lucatto A, Torrezan A. Prevalência da má oclusão em escolares da rede estadual do município de Manaus, AM – Brasil. RGO. 2007; 55(4): 389-394EA. Palatal deformations caused by pacifiers [abstract]. J Am Dent Assoc. 1999; 103(4): 480.

59. Furtado A, Vedovello M. A influência do período de aleitamento materno na instalação dos hábitos de sucção não nutritivos e na ocorrência de maloclusão na dentição decídua. RGO. 2007; 55(4): 335-341.

60. Caglar E, Larsson E, Andersson EM, Hauge MS, Oggard B, Bishara S, et al. Feeding, artificial suckling habits, and malocclusions in 3-year-old girls in different regions of the world [abstract]. J Dent Child (Chic). 2005; 72(1): 25-30.

61. Levy MS, Slager LS, Warren JJ, Levy TB, Nowak JA. Associations of pacifier use, digit sucking, a child care attendance with cessation of breastfeeding [abstract]. J Fam Pract. 2002; 51(5): 465.

62. Farkas L, Posnick J Hreczko T. Growth patterns of the face: a morphometric study. Cleft Palate-Craniofacial Journal, 1992; 29(4): 308-315.

63. Organización Panamericana De La Salud. “Nutrición Infantil”. Washington D.C. E.U.A. 1989.



64. Richard E. Behrman. “Manual de Pediatría de Nelson”. Ed. Interamericana Mc Graw -Hill. México. 1995.

65. Allen L.H. "Maternal factors affecting lactation". Ed. Plenun Press. Barcelona. España. 2004.
66. OPS. Manual de capacitación sobre lactancia materna. 1990. Serie PALTEX.
67. Palomino, H; Guzmán, C; Urzúa, S; Aranda, P; Villanueva, P. Parámetros de estética facial y gradiente socioeconómico en niños chilenos. Rev CEFAC. São Paulo. 2006; 8(4): 477-84.
68. Composición de la leche disponible en: <http://www.lalecheleague.org/Lang/LanVentajas.html> [Tomado el 03 de Enero del 2008].
69. Villena AM. Introducción del azúcar en la dieta y su frecuencia de consumo en niños de 0 a 36 meses de edad [Tesis de Bachiller]. Lima: UPCH; 1994.
70. Cuidados en la lactancia disponible en: [\[http://www.dardemamar.com/paginaOMS.html\]](http://www.dardemamar.com/paginaOMS.html) [Tomado el 11 de Enero del 2008].
71. Walter Lrf, Ferelle A, Issao M. Odontología para o Bebê. Odontopediatria do Nascimento aos 3 Anos.:Ed. Artes Médicas. Londrina - Brasil 1996.
72. Dificultades de la lactancia materna disponible en: [\[http://mujerdecantabria.com/labuenaleche/carta/index.php\]](http://mujerdecantabria.com/labuenaleche/carta/index.php) [Tomado el 15 de Diciembre del 2007].
73. Lactancia artificial y anomalías dentomaxilofaciales disponible en: [\[http://www.actaodontologica.com/41_2_2003/lactancia materna anomalías dentofaciales.asp\]](http://www.actaodontologica.com/41_2_2003/lactancia%20materna%20anomalias%20dentofaciales.asp) [Tomado el 11 de Enero del 2008].
74. Guerra María E., Mujica, C.: Influencia del amamantamiento en el desarrollo de los maxilares. Acta Odont Venez. (1999); 37(2): 6-10.
75. Jimenez I, Villegas L, Avarez L. Picos de crecimiento facial vertical antes de los 12 años de edad y su relación con el desarrollo puberal en 44 mestizos colombianos sin tratamiento. Rev Fac Odontol Univ Antioq 2013; 24(2): 289-306.

X. ANEXOS

ANEXO 1

Permiso de la Unidad Operativa Red de Salud Angaraes para ejecutar la tesis, con el título anterior a realizar el cambio de título.

C. 274 -2014

Lircay, 10 de Noviembre del 2014

CARTA N° 274 – 2014-UORSA-GSRA /GOB. REG. – HVCA


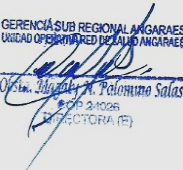
MARIA ISABEL HIDALGO FABIAN

Por medio del presente es grato dirigirme a Usted para saludarlo cordialmente a nombre de la Unidad Operativa Red de Salud Angaraes y el mío propio, mediante el presente se le informa que su solicitud para realizar la ejecución de su proyecto de tesis "RELACION DE LA SUCCION NO NUTRITIVA Y LA SUCCION POR LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA CON LA OCLUSION DECIDUA". Ha sido aceptada por lo que se le comunica que deberá presentarse en el Puesto de Salud de Carhuapata.

Folios: 1

Sin otro particular le reitero lo saludos y estima personal.

Atentamente,

 
GERENCIA SUB REGIONAL ANGARAES
UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD ANGARAES
Dpto. 20026
REGISTRO (R)

C.c.
Archivo.
RR.HH.
MINPS/pv

UNIDAD OPERATIVA DE SALUD ANGARAES
AV. JOSE MARIA ARGUEDAS N° 256 TELEFONO N° 067-458281, RPM: *0122634

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo

.....
identificado(a) con DNI N°..... padre, madre y/o apoderado
del niño(a).....
domiciliado con
dirección:.....

.....,..... autorizo a la Srta. María Isabel Hidalgo Fabián, bachiller
en Odontología de la UNMSM para realizar el examen clínico bucal de mi
menor hijo y facilitar sus datos e información, que serán dados con
carácter confidencial y únicamente utilizados con finalidad científica, el
cual será realizado en el centro poblado Carhuapata de Huancavelica.

Lima, de del 2014

Firma _____

DNI

ANEXO 3

CUESTIONARIO

Nº

Apellidos y Nombres:

.....

Edad: Sexo: Nombre completo de la madre:.....

Distrito donde vive:

.....

1. ¿Su hijo sufre de alguna enfermedad sistémica?

- a) SI cuál:_____
- b) NO

2. ¿Durante la lactancia de su hijo cuanto tiempo tomo leche materna del pecho de la madre?

- a) Menos de 6 meses, tiempo exacto:_____
- b) 6 meses
- c) Más de 6 meses, tiempo exacto:_____

3. ¿Observó usted algún hábito nocivo bucal en su hijo?

- a) SI
 - 1) Dedo
 - 2) Chupón
 - 3) Labio
 - 4) Otro objeto:
- b) NO

①

¿Ha tenido o tiene el hábito de succionarse el dedo?

- a) SI
- b) NO

¿Cuánto tiempo ha succionado el dedo?

- a) Menos de 1 año
- b) 1 año a 2 años
- c) 2 años a 3 años
- d) + de 3 años

¿Cuántas veces al día succionaba el dedo?

- a) Algunas veces (3 veces al día y por poco tiempo)
- b) Frecuentemente
- c) Casi todo el tiempo
- d) Todo el tiempo

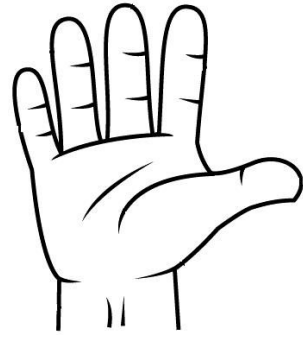
¿Alguna vez se lastimó el dedo por la succión?

- a) Si
- b) No
- c) No recuerdo

Según su opinión la succión del dedo mayormente se dio con una intensidad de nivel:

- d) Muy intensa
- e) Intensa
- f) Leve
- g) Muy leve

Señale con un círculo cuál o cuáles son los dedos succionados.



②

¿Ha usado chupón?

- a) SI
- b) NO

¿Cuánto tiempo ha succionado el chupón?

- a) Menos de 1 año
- b) 1 año a 2 años
- c) 2 años a 3 años
- d) + de 3 años

¿Cuántas veces al día usaba su chupón?

- a) Algunas veces (3 veces al día y por poco tiempo)
- b) Frecuentemente
- c) Casi todo el tiempo
- d) Todo el tiempo

③

¿Ha tenido el hábito de succionarse el labio?

- a) SI
- b) NO

¿Cuánto tiempo se ha succionado el labio?

- a) Menos de 1 año
- b) 1 año a 2 años
- c) 2 años a 3 años
- d) + de 3 años

¿Cuántas veces al día se succionaba el labio?

- a) Algunas veces (3 veces al día y por poco tiempo)
- b) Frecuentemente
- c) Casi todo el tiempo
- d) Todo el tiempo

¿Alguna vez se lastimo el labio debido a la succión?

- a) Si
- b) No
- c) No recuerdo

④

¿Su niño succionaba algún objeto?

- a) SI**

Especifique: _____

¿A qué edad?

¿Cuánto tiempo?

¿Se lastimó la boca por la succión de dicho objeto?

- b) NO**

EN TÉRMINOS GENERALES

➤ ¿Qué tan dañino o malo es el hábito de su hijo? Marque el puntaje q le pondría Si 0 es no dañino y 10 es extremadamente dañino.

(Encerrar en círculo)



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

➤Cuál ha sido la actividad en que más se ha presentado el hábito nocivo. (puede marcar varios)

- 1) Sueño
- 2) Tarea
- 3) Jugando
- 4) Comiendo
- 5) Otro:

ANEXO 4

FICHA DE RECOLECCIÓN DE VARIABLES

(Examen clínico)

SEXO:

Masculino ☐

Femenino ☐

EDAD: ____años ____meses

OCLUSIÓN

• Plano Terminal

DERECHO

Escalón mesial ☐

Recto ☐

Escalón distal ☐

NR ☐

IZQUIERDO

Escalón mesial ☐

Recto ☐

Escalón distal ☐

NR ☐

• Espacios primates

Arcada superior ☐

Ambas arcadas ☐

Arcada inferior ☐

No presenta ☐

• Relación canina

DERECHO

Clase I ☐

Clase II ☐

Clase III ☐

IZQUIERDO

Clase I ☐

Clase II ☐

Clase III ☐

NR ☐

NR ☐

• **Mordida abierta anterior**

Presenta (.....mm) ☐

No presenta (0 mm) ☐

• **Mordida cruzada anterior**

Piezas:

• **Mordida cruzada posterior**

Unilateral ☐

Bilateral ☐

No presenta ☐

- Niños del Centro Poblado Carhuapata



- Dentición decidua completa



- Examen clínico a los niños seleccionados



- Proceso de la toma de fotos intraorales a los niños



- Oclusión decidua con dientes geminados

(61-62)



(71-72) y (81-82)



- Oclusión decidua con mordida cruzada en piezas 73 y 83



- Las madres de los niños que respondieron la encuesta



- Centro Poblado Carhuapata

